

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 58

DÉMOGRAPHIE D'AGOURAI et l'ASSISTANCE INDIGÈNE dans les Postes de l'Avant au Maroc

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 décembre 1921

PAR

Henri-Paul-Léon SOUPLET

Né le 19 octobre 1889, à Chauny (Aisne)

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. CRUCHET, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		SABRAZES, professeur,		
		DUPERIE, agrégé,		
		CAVALIE, chargé de cours,		

LE CANDIDAT RÉPONDRA AUX QUESTIONS QUI LUI SERONT FAITES
SUR LES DIVERSES PARTIES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

TOULOUSE

E. H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne Librairie MARQUESTE

1921

ANNÉE 1921-1922 N° 58

DÉMOGRAPHIE D'AGOURAI et l'ASSISTANCE INDIGÈNE dans les Postes de l'Avant au Maroc

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 décembre 1921

PAR

Henri-Paul-Léon SOUPLET

Né le 19 octobre 1889, à Chauny (Aisne)



Examineurs de la Thèse { MM. CRUCHET, professeur, *Président*.
SABRAZES, professeur, }
DUPERIE, agrégé, } *Juges*.
CAVALIÉ, chargé de cours, }

LE CANDIDAT RÉPONDRA AUX QUESTIONS QUI LUI SERONT FAITES
SUR LES DIVERSES PARTIES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

TOULOUSE
E.-H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne Librairie MARQUESTE

1921

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR CRUCHET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Nous adressons nos remerciements à M. le Professeur CRUCHET qui honore notre thèse de sa présidence, comme il l'éclaira de ses conseils.

Cette thèse — plutôt ce résumé — évoque six années de pratique médicale au Maroc.

La démographie d'Agourai voudrait fixer une société musulmane et moyennageuse au moment où la civilisation occidentale modifie ses conditions d'existence.

Le Paix Française — portant avec elle la prospérité économique et l'Hygiène sociale et individuelle — doubla la population indigène de l'Algérie en moins d'un siècle.

Au Maroc — splendide réserve de soldats et de travailleurs — le Médecin de l'Assistance Indigène — surtout dans les postes de l'avant — remplit une mission délicate. Sa tâche est le premier contact avec une clientèle méfiante — superstitieuse — n'ayant confiance qu'en la thérapeutique des chirurgiens-barbiers et aux miracles des sorciers.

Connaissant exactement le point de départ, le Médecin de l'Assistance Indigène mesurerait et contrôlerait l'efficacité de son action.

Telle fut notre ambition et notre ambition ne quitta guère les murs de la casbah d'Agourai,

DÉMOGRAPHIE D'AGOURAI ET L'ASSISTANCE INDIGÈNE DANS LES POSTES DE L'AVANT AU MAROC

INTRODUCTION

Ce travail comprend deux parties et trois conclusions.

Dans une première partie sont exposés les circonstances, la méthode, les difficultés, les résultats et la valeur d'une enquête démographique entreprise à Agouraï, au mois de juin 1916.

Dans une deuxième partie, les enseignements de cette enquête sont mis à profit pour définir le rôle de médecin de l'Assistance Indigène dans les postes de l'avant et contrôler son activité.

Enfin, trois conclusions démontrent :

1° La portée de la méthode d'enquête démographique d'Agouraï pour l'estimation de la population du Maroc;

2° L'importance de la mortalité infantile en relation avec la vaccination en particulier, et l'hygiène en général;

3° L'équilibre des forces de vie et de mort par deux courbes, l'une des enfants vivants, l'autre des enfants décédés, en fonction du nombre d'enfants vivants et décédés par ménage.

PREMIÈRE PARTIE

Enquête démographique d'Agourai Juin 1916

I. — CIRCONSTANCES DE L'ENQUÊTE

Construite par Moulay Ismaïl, à la fin du xvii^e siècle, la casbah d'Agourai s'abrite à trente kilomètres au sud de Meknez, aux premiers vallonnements qui annoncent le Moyen Atlas.

Le souk (marché) d'Agourai est un centre politique où se rencontrent les importantes tribus des Beni M'Tir d'El Hadjeb à l'est, les Guerouan de la banlieue ouest de Meknez, et, de juin à octobre, une fraction transhumante des Beni M'Guild d'Azrou. Ces berbères nomades furent de tous temps très agités. Aussi Moulay Ismaïl — seul sultan ayant gouverné l'ensemble du Maroc — établit-il une garnison à Agourai pour la rentrée exacte des impôts.

La raison géographique s'imposa aux français du ^{xx}^e siècle comme aux troupes chérifiennes du ^{xvii}^e : en 1911 nos troupes campaient à Agouraï et y établissaient un poste.

Les premiers habitants d'Agouraï — les Agouraï furent donc des soldats — des Mokhazni.

Quelques prisonniers portugais, convertis à l'Islam se joignirent ce noyau primitif, et l'ensemble fusionnant avec les tribus d'alentour perdit rapidement son caractère originel. Les successeurs de Moulay Ismaïl furent impuissants à faire rentrer les impôts par une garnison en révolte et alliée des contribuables. Quant aux Portugais, ils vécurent en véritables « croyants ». Seuls, un clan de six familles, appelées les « americani », terme vague signifiant « des gens venus de l'autre cote des mers » et le nom de Sidi Monod porté par le màahlem (le maçon), témoignent actuellement de cette origine européenne. Quelques années avant notre occupation serait décédé un auguste vieillard qui, nous assura-t-on, parlait couramment portugais.

En somme, société arabe berbérisée, avec de rares éléments européens assimilés; population entièrement composée de pasteurs et de cultivateurs, sauf un maçon, Sidi Monod le Màahlem; un boulanger, propriétaire du four banal, et un meunier surveillant un curieux moulin à eau. Pour une redevance annuelle et quelques corvées. La maison est réparée, le pain cuit et le blé transformé en farine.

L'autorité du Sultan, représentée par un Caïd, relevant du Pacha de Meknez assisté d'un adjoint et de quatre chefs de quartier, fut rétabli par notre occupation.

Une mosquée, une chapelle, la Zaouïa des Aissaoua, un bain maure et une prison sont les lieux de réunion.

En 1911, la casbah d'Agouraï se réveilla en plein moyen âge sous nos drapeaux.

Le poste installé, une infirmerie indigène fut établie dans la principale rue de la casbah. Elle ne fonctionna régulièrement qu'au 1^{er} janvier 1915, et cette année-là, 3.517 consultations étaient recueillies sur le registre de statistique, avec des moyen-

nes journalières croissantes : 7,44 pour le premier trimestre, 7,84 pour le deuxième, 9,53 pour le troisième, 13,40 pour le quatrième.

Cette progression des moyennes confirmait la méthode de nos prédécesseurs. Mais ce qui nous frappa fut la chute de ces moyennes à chaque changement de médecin. Nous étions le quatrième en quatorze mois.

Les diagnostics les plus souvent mentionnés, diagnostics prudents puisque les Infirmeries Indigènes à l'avant ne possèdent ni microscope, ni laboratoire — portaient sur les affections cutanées — les maladies vénériennes, les affections des yeux, en particulier de la cornée.

Arsenal thérapeutique très simple et clientèle comprenant dans l'ensemble trois hommes pour deux femmes et un enfant. Les bébés ne figuraient pas. Les Agouraï demandaient dix consultations contre six aux Beni M'Tir et trois aux Guérouan.

Il n'était fait mention ni de tournées sanitaires dans les « douars » — réunions de tentes — ni de consultations vétérinaires.

La vaccination antivariolique fonctionnait timidement.

Cependant l'activité médicale progressait, mais les éléments de statistique n'indiquaient ni le nombre de clients différents, ni les affections différentes traitées : 30 consultations signifiaient aussi bien 30 individus soignés pour 30 affections semblables qu'un même individu venu trente fois pour la même affection.

Dans ces conditions, il était impossible de mesurer la valeur de notre pénétration médicale : il importait avant tout de connaître la clientèle.

En juin 1916, nous procédâmes à une enquête démographique fondamentale de la société d'Agouraï, où nous arrivions en février la même année. Nous connaissions la plupart des notables. L'infirmerie prospérait : de 10,48 en mars, la moyenne journalière des consultations montait à 14,87 en mai et 23,46 en juin.

L'appui du service des renseignements nous fut largement

prodigué par M. le Lieutenant Fenoy, commandant du poste. Colon algérien connaissant admirablement les indigènes, par quelques récompenses promises au grand jour et quelques possibilités d'amendes ou de prison sous entendues, il convainquit le Caïd et les notables de l'utilité de notre enquête pour la santé de leurs concitoyens. Il fit plus : il nous donna comme auxiliaire, pour pénétrer dans les familles, Madame Fenoy arabisante distinguée comme son mari, infirmière bénévole en la circonstance.

Notre infirmier, Abdesslam ben Fechtali, fut également un utile collaborateur. Ecrivant et parlant assez correctement le français, il était le type des serviteurs indigènes adroits et subtils à qui convient une direction juste et ferme.

Le service de Santé approuvant, l'enquête fut décidée.

II. — MÉTHODE DE L'ENQUÊTE

Visités par quartier et dans l'ordre des numéros des maisons dans les rues de nos villes, les chefs de famille répondirent au questionnaire suivant :

1° Renseignements démographiques :

Nom.

Combien de ménages. Combien de femmes par ménage.

Combien d'enfants adultes : jeunes gens au-dessus de 15 ans.

Jeunes filles au-dessus de 12 ans.

Combien d'enfants : garçons de 2 à 15 ans; filles de 2 à 12 ans.

Combien de bébés : garçons et filles au-dessous de 2 ans.

Combien de veufs, veuves, divorcés ou répudiées ou célibataires.

Combien de parents ascendants ou collatéraux à la charge des ménages.

2° Mortalité infantile.

Combien d'enfants décédés : garçons entre 2 et 15 ans; filles entre 2 et 10 ans.

Préciser l'âge approximatif pour contrôler les épidémies.

Combien de bébés décédés de 1 à 30 jours; de 1 à 12 mois; de 1 à 2 ans.

Combien de morts-nés ? Avortements ? Fausses-couches ?

Combien d'enfants décédés avant ou sans un enfant vivant.
Syphilis.

3° Renseignement sur l'état sanitaire. L'hygiène.

Rechercher épidémies, surtout infantiles.

Noter tout cas pathologique. Noter les vaccinations et les stigmates de variole.

Inspecter l'habitation, sa propreté, etc.

III. — DIFFICULTÉS DE L'ENQUÊTE

Nous avons souvent le tort de confondre notre mentalité avec celle des autres races, d'où de grossières erreurs dans les cas les plus simples.

Interroger un français et interroger un arabe, sont deux mondes différents.

Au cours de cette enquête quatre difficultés se présentèrent :

Première difficulté.

L'indigène ignore son âge et celui de ses enfants.

Pour les vivants, l'âge apparent et la dentition étaient d'un recours suffisant. Mais pour les morts ?

Nous eûmes recours à une double échelle :

a) La première composée de bébés, enfants, adultes de tous âges, devant lesquels nous posions cette question : « Était-il comme celui-ci ou comme celui-là quand il mourut. »

b) La deuxième composée de faits saillants dans l'histoire locale ou du Maroc. Tels que : le débarquement des français à Casablanca, 1907.

L'arrivée des français à Agouraï, 1911.

La proclamation de Moulay Youssef, 1912.

L'épidémie de variole de 1913.

Deuxième difficulté.

Quatre reprises sont nécessaires pour avoir de l'indigène une réponse complète à cette question simple en apparence : « combien as-tu d'enfants ? » En effet, demandez à un indigène : « Combien as-tu d'enfants ? » — S'il répond trois : traduisez trois fils ». Ajoutez : « Combien de filles ? » — S'il répond deux, traduisez : deux filles non mariées. Ajoutez : « et combien de filles mariées ? » Enfin cette quatrième question : « combien d'enfants sont avec ta ou tes femmes répudiées ».

De même pour les enfants décédés.

Troisième difficulté.

Quand il s'agit de connaître la cause d'un décès, la première réponse invariablement est : « il était malade », puis trois seules précisions possibles : ou bien un accident ou la guerre, ou bien la fièvre englobant toutes les maladies, ou bien une maladie notoirement connue, en particulier le « Djдри » (variole).

Ce troisième renseignement est précieux. Pour les autres, il est presque impossible d'aller plus avant.

Quatrième difficulté.

Quant aux fausses couches, avortements, morts-nés, l'interrogatoire se heurte à un mutisme absolu. Ignorance des fausses couches, soit ! Mais les avortements, les morts-nés, mauvaise volonté ! Mystère ! bien difficile à débrouiller !

Nous pensons que, de même que le médecin européen est systématiquement écarté de la mère en couches, dans des régions depuis longtemps soumises à notre influence, dans la majorité des communautés arabes d'Algérie par exemple, de même dans cet interrogatoire qui touche son origine, la race instinctivement se tait. Il serait maladroit et dangereux d'insister : nous heurterions l'âme de l'indigène et la révolterions.

IV. — RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

L'enquête épuisa le mois de juin.

Quelques interrogatoires complémentaires, presque tous concordant aux premiers, recoupèrent les déclarations.

Les chiffres et les observations furent condensés dans des tableaux, animés par des courbes, soumis à une critique serrée.

Tout compte fait d'erreurs résultant de la mauvaise volonté systématique et rare, de quelques défaillances de mémoire, de la relativité de nos échelles vivantes et commémoratives pour l'appréciation de l'âge des décédés, les résultats suivants furent retenus comme les plus proches de la réalité. Relevant d'une clinique sociale difficile entreprise avec les meilleurs éléments d'investigation pour un poste de l'avant, ils fixent la statistique de la société d'Agouraï et contrôleront sa dynamique évolutive.

1° Renseignements sur la famille et la population.

a) La population totale comprend 827 individus, presque également répartie dans les deux sexes. Cet équilibre des sexes se retrouve dans toutes les catégories visées par le questionnaire.

b) Sur 160 ménages, 9 cas de polygamie : un quadrigame, l'ancien Caïd destitué pour amendes abusives et 8 bigames, tous notables.

La polygamie est l'exception et dépend de la richesse.

c) 315 enfants vivants sont répartis entre ces 160 ménages : d'où 1,962 enfant par ménage. Les ascendants sont à peine remplacés. Société en déclin.

Cette déchéance de la famille d'Agouraï serait de date relativement récente. Les vieillards affirment que leurs parents quittèrent en partie la casbah surpeuplée, pour vivre sans la tente le long des murs, qui eux n'ont pas changés depuis Moulay Ismaïl.

d) Le célibataire est inconnu. Tout le monde se marie. Différence capitale avec notre société.

e) Quant à la charge d'ascendants âgés et d'orphelins collatéraux elle n'est que de 0,29 par ménage, certainement très en-dessous de la nôtre.

2° Renseignements sur la mortalité infantile.

a) 353 enfants décédés contre 315 vivants, soit 2,206 enfants décédés, par ménage, contre 1,962 vivant.

b) Ce chiffre effroyable est inférieur à la vérité et de beaucoup : 9 morts-nés et 4 avortements furent seulement avoués. Or 242 enfants sont décédés avant ou sans un enfant vivant. La mortalité réelle doit être voisine de 400.

c) Dans la mort les sexes s'équilibrent, comme pour les vivants :

Entre 1 et 2 ans : garçons décédés 44; filles, 24.

Entre 1 et 12 mois : garçons décédés, 77; filles, 83.

Entre 1 et 30 jours : garçons décédés, 25; filles, 22.

Morts-nés : garçons décédés, 5; filles, 4.

L'équilibre est même maintenu dans la déclaration que nous estimons insuffisante des morts-nés.

3° Renseignements sanitaires généraux.

Vaccination. — Un tiers des enfants étaient vaccinés. Une épidémie de variole est identifiée en 1913, probablement une autre en 1908. 70 bébés environ semblent être morts de la variole.

Epidémies. — 12 cas de rougeole, quelques coqueluches.

Maladies infantiles. — De nombreuses diarrhées, troubles gastro-intestinaux de la première enfance dus, en particulier, à l'alimentation précoce des bébés.

Hygiène générale. — Cohabitation fréquente des bestiaux et des gens, malpropreté constante des intérieurs, etc.

Evidemment, les résultats de cette enquête parleraient mieux s'ils étaient condensés, comme ils le furent dans un rapport à l'époque, en courbes et tableaux. Nous nous excusons de ne pouvoir reproduire ces graphiques et vues d'ensemble.

V. — VALEUR DE L'ENQUÊTE

La démographie d'Agouraï ne vaut que pour Agouraï; ses chiffres ne sont prophètes qu'en leur pays.

En janvier-février 1918, nous étions médecin du Poste de Kas es Souk sur l'oued Ziz, dans le territoire de Bou-Denib. 93 ksour (villages fortifiés), sur une étendue de 70 kilomètres, population très condensée se trouvaient dans notre zone médicale. Nous recoupâmes nos renseignements d'Agouraï par une autre méthode. L'enquête d'Agouraï était totale pour une population donnée. Le même questionnaire fut posé non plus à tous les chefs de famille d'un village, mais à trente individus pris au hasard, avec cette différence que nous forcions ses souvenirs généalogiques à se reporter au dernier ancêtre connu. Vingt observations furent retenues et recoupées.

Les chiffres pour 85 ménages, dont 6 polygames, accusaient une natalité totale de 4,708 par ménage : soit 2,1 enfants vivants (contre 1,9 à Agouraï) et 2,6 décédés (contre 2,206 à Agouraï).

L'intérêt de cette enquête dans la vallée de Ziz, c'est que ces régions présahariennes furent probablement le berceau de certaines tribus du Maroc occidental, en particulier des Beni-M'Guild que nous avons connus à Agouraï.

La démographie d'Agouraï reçoit à Ksar es Souk une première confirmation.

D'autres seraient désirables.

DEUXIÈME PARTIE

Rôle et contrôle de l'Assistance Indigène dans les postes de l'Avant au Maroc d'après les renseignements et enseignements de l'enquête démographique d'Agouraï

I. — RÔLE DE L'ASSISTANCE INDIGÈNE

La question se pose à Agouraï, après enquête, et dans tous les postes de l'avant d'après l'enquête.

A — A Agouraï.

La mortalité infantile est le péril; il fallait la combattre.

Deux ordres de mesures :

a) *Immédiates*. — Vaccination totale des enfants en juillet 1916.

Déclaration obligatoire des naissances et des décès. Etat civil.

Déclaration obligatoire des épidémies connues.

b) *Lointaines*. — Projet d'une « goutte de lait », quoique l'exécution d'un tel projet soit presque irréalisable en dehors des villes. Quant à l'éducation des parents en vue de régler

l'allaitement et l'alimentation des bébés, il parut sage d'y renoncer.

L'hygiène est déplorable : y remédier.

Des corvées régulières de prisonniers sont commises à la voirie.

Le troupeau, couchant pêle-mêle avec les gens dans les maisons et les rues, est désormais parqué dans une enceinte adossée du dehors à une face de la casbah.

Une source, *intra muros*, est aménagée, son eau analysée.

De la chaux est mise à la disposition de chaque chef de foyer avec ordre de reblanchir l'intérieur de sa maison deux fois l'an : au printemps, à l'automne.

Des sanctions et des récompenses veillent à la bonne exécution de ces dispositions hygiéniques.

L'enquête domiciliaire établissant le contact entre le médecin et l'intimité des familles, détermine une frusque augmentation des visites et consultations de bébés : 244 en juin, 379 en juillet.

L'infirmerie indigène prospère de mieux en mieux : la moyenne journalière des consultations de 16,84 pour le deuxième trimestre s'élève à 26 pour le troisième.

Indiscutablement le coup a porté.

Pour consolider ces succès, la politique médicale fut élargie par :

a) Des visites régulières des douars, en pays Beni M'Tir et Guerouan. Une « carte de rayonnement » est dressée, des « points de visite » sont déterminés.

b) Des « consultations vétérinaires » sont instituées une fois la semaine, le jour du Souk.

c) Systématiquement des bonbons, des jouets, des perles sont distribués aux enfants.

d) Les superstitions locales, comme quelques exemples le démontreront plus loin, sont exploitées.

Au bilan, fin 1916 : 7.367 consultations contre 3.515 en 1915.

B) Dans tous les postes de l'avant le rôle du médecin est le même.

Il est désirable que des enquêtes démographiques le déterminent et le mesurent partout.

1° Comment, dès l'ouverture d'une Infirmerie Indigène, se fait le premier contact entre l'indigène et le médecin ? Cette formule est constante des officiels et des voleurs se présentent aussitôt, soit pour être remarqués du Service des Renseignements, soit pour remplir leurs burnous, ensuite une vague de curieux, enfin, après un « temps de méfiance » variable, les honnêtes gens, les clients dociles, ceux qui reviendront parce qu'ils ont une infirmité réelle à soulager, apparaissent timide-ment.

En est-il autrement en France ? Changeons les voleurs en clients qui ne paient guère, et l'ouverture de l'Infirmerie en l'installation d'un jeune médecin, le schéma de part et d'autre est sensiblement le même.

2° Comment le médecin retiendra-t-il et augmentera-t-il sa clientèle indigène ?

a) Il est indispensable de connaître l'arabe, au moins les termes courants de la consultation. S'en remettre à un interprète c'est ajouter un contre sens à un non sens : trois conversations se coudoient sans se rencontrer. Les indigènes le savent. Un nouveau « Toubib » arrive-t-il qu'aussitôt vole de bouche en bouche cette question : « Sait-il ou ne sait-il pas ? » Ils désirent non seulement être compris dans leur langage, mais encore dans leur mentalité, leurs coutumes.

b) Il est également indispensable d'avoir une méthode de propagande nettement établie, fidèlement suivie et adaptée aux éléments ethnographiques de la région : la manière forte chez les sédentaires; l'insinuation adroite chez les nomades : confondre leurs rébouteux, prendre en défaut la « baraka » d'un chérif.

c) Une stabilité minima de deux ans dans un poste paraît être une durée convenable pour une œuvre utile, à condition que cette stabilité de la personne se retrouve dans la thérapeutique qui a tout à gagner à être simple et colorée.

« Attirer et laisser venir en donnant peu, mais en donnant à tous quelque chose dans une boîte ou dans une bouteille ».

Anecdote utile à ce sujet :

En 1919, à Ksar-es-Souk, poste de la vallée du Ziz à 100 kilomètres au sud-ouest de Bou Denib, un indigène du Tafilalet, revenant de Fez, nous fit la déclaration suivante :

« J'arrive de Fez par Meknez. En route, j'ai reçu des soins pour mon œil (kérato-conjonctivite), à Meknez, El Hadjeb, Azrou, Timhadit, Midelt. A Meknez le médicament était bleu, jaune à El Hadjeb, rouge à Azrou, vert à Timhadit, clair comme l'eau à Midelt. Celui que j'attends de toi à Ksar es Souk aura certainement une nouvelle couleur. Je vais à Fez chaque année et chaque année ma surprise au retour se renouvelle de ne plus reconnaître dans vos infirmeries que mes infirmités m'obligent de fréquenter les mêmes « toubib » qu'à l'aller. Vous n'êtes donc bien nulle part que vous changez toujours de place. C'est ce que nous autres arabes, qui ressemblons à nos pères depuis le Prophète, nous ne comprenons pas. Votre mouvement perpétuel est souvent cause qu'à vos médecins, qui sont certainement excellents, et à vos médicaments, qui ne le sont pas moins, nous préférons nos rebouteux et leurs remèdes plus que médiocres, mais qui durent ».

Cet homme avait raison; de même qu'il avait monté la gamme des collyres, de même il nous fit descendre celle de notre vaine agitation.

d) Le médecin de l'Assistance Indigène doit savoir situer son infirmerie et la meubler.

La place d'une Infirmerie c'est le souk ou l'intérieur d'une casbah.

Un ameublement européen est une erreur : offrir une chaise au nomade est aussi ridicule que de lui offrir un smoking. Sur une natte ou un tapis, il est chez lui, parle à son aise. De longues et imposantes rangées de solutions voyantes l'étonnent; s'il a attendu deux heures avant d'entrer, il sort de l'Infirmerie plein de considération pour son médecin.

e) L'élément décisif du rôle du médecin dans le « Bled », c'est avant tout une parfaite connaissance de la psychologie de sa clientèle.

L'indigène avec qui nous avons trois terrains d'entente : la force — action militaire et politique — l'argent — corruption économique et de la douleur — intervention médicale — parfois l'éloquence ! est un homme comme les autres : superstitieux devant l'inconnu et pratique sur une rage de dents.

S'il vient consulter, c'est qu'il est en proie à de violentes démangeaisons (gale), qu'il est blessé et qu'il saigne (le sang chez les orientaux domine la justice), que sa vue est en cause (les aveugles de l'antiquité grecque regrettaient le soleil), que des ulcères le rongent et en font un objet de dégoût, c'est qu'en général un désagrément douloureux saisit ses sens, absorbe son imagination. Il n'y pensera plus, soulagé par une médication symptomatique.

Ignorant l'abstraction, il ignore la fonction; mais il connaît l'homme et ce qui lui vient d'un homme qu'il connaît va à lui.

Il consulte par intérêt.

OBSERVATION

Une femme d'Agourai supplie le médecin d'enlever à sa fille Drissia, qu'elle voulait marier un bon prix, un troisième sein « qui, dit-elle, était un objet d'horreur pour tous les prétendants ». Un kyste, très convenable en vérité, siégeait à la région pré-sternale supérieure. Opérée, Drissia épouse un Beni M'Tir.

Il consulte, lorsque les soins empiriques d'un chirurgien-barbier ont aggravé son mal et mis à mal sa bourse.

OBSERVATION

Des parents, alarmés, présentent au médecin un jeune garçon se plaignant horriblement de l'oreille droite « Il saignait, disent-ils, et le barbier lui remplit l'oreille de laine et d'excrément ». Lavage. Caisse du tympan dévorée une cure radicale par six adicots bien portants.

Ces gens reconnaurent que notre civilisation leur apporte au moins cette consolation commode de guérir pour rien des maux que d'ordinaire ils aggravent pour de l'argent.

Il consulte pour ses dents dont il souffre et parce qu'il est mécontent de son dentiste qui a ajouté une torture à sa souffrance.

OBSERVATION

Un notable Guérouan, portant dents désastreuses, dit au médecin : « Arrache-là ! » Ses doigts obstruent sa bouche et la vue du médecin. Le davier extrait une prémolaire en décomposition. Le patient porte un doigt dans la plaie : « L'autre, dit-il ». La molaire voisine sort. Même jeu : « L'autre ! » « En avant, en arrière ? » « Inch Allah ! — comme il plaît à Dieu — tu peux les arracher toutes, reprit le Guérouan, tu les arraches avec les racines ! »

Le davier est une arme puissante de pénétration pacifique, à condition d'obéir à la volonté d'Allah.

Dé mars à décembre 1916, 157 extractions dentaires furent portées sur le registre des consultations de l'infirmerie indigène d'Agourai.

Il consulte, cette fois il abuse, pour obéir au sens de la razzia. La clientèle de nos pays veut une ordonnance, ainsi en a-t-elle pour son argent ! L'indigène qui ne paie pas, plus pratique, veut un médicament dans une boîte ou une bouteille, et ils se seraient dérangés en vain lui et le médecin, s'ils n'emportaient l'un pas grand chose dans trois fois rien ; l'autre la conviction d'avoir accompli un acte utile à notre influence en sacrifiant quelque peu son art à la politique.

En somme, le client indigène est un client comme les autres.

e) Relations avec les confrères du « bled », nous entendons les chirurgiens-barbiers, poseurs de ventouses, rebouteux de tout ordre, sorciers, marabouts, faiseurs de miracles.

OBSERVATION

En mars 1919, en tournée de vaccination dans le Medaghra, district de Ksar Es Souk, sur le Ziz, dans le territoire de Bou-Denib, nous apprîmes qu'un indigène s'était fracturé la jambe et qu'un chirurgien célèbre le soignait à la kasbah Djedida. Rendu : étonnement. Fracture de jambe ouverte, correctement réduite et maintenue par un appareil à extension continue. Deux carcans l'un sus-malléolaire,

l'autre sous le genou, reliés par quatre palettes, forcipressées entre les faces des carcans regardant la jambe. Félicitations au confrère. Pansement seulement changé après désinfection de la plaie.

Le surlendemain, le confrère nous envoyait un cas semblable (loi des séries), avec des protestations d'amitié.

Relations courtoises. — Il en fut différemment dans cette autre observation.

OBSERVATION

Une vieille femme Beni M'Guild nous est présentée par ses parents, le maxillaire inférieure luxé. Ces gens nous expliquent, avec le plus grand sérieux, que la guérison est impossible sans un tour d'horizon à la jumelle ! Les indigènes connaissent les jumelles depuis qu'ils s'approvisionnent dans nos camps, à notre insu, bien entendu. Un rebouteux astucieux, ayant vainement tenté la réduction de cette mâchoire, s'était réservé une part de succès en affirmant que sans l'intervention d'une jumelle la guérison serait impossible. Il fallut céder. Et la jumelle guérit. Or, le rebouteux voulut s'assurer de l'efficacité de l'intervention et la sienne fut désastreuse. Cette fois, la patiente et ses parents capitulèrent : le médecin guérit sans la jumelle !

Il peut arriver au médecin de l'Assistance Indigène de confondre un chérif très puissant. Ce fut le cas de Si Ahmed, chérif des Aissaoua, confrérie très répandue au Maroc et en Algérie, principalement dans la région de Meknez où le tombeau de Sidi-Aïssa est vénéré.

Voici le fait :

Un agouraï est mordu par une vipère au Souk. Injection de sérum antivenimeux. Guérison. On se le dit. Quelque temps après, à El Hadjeb, en pays Beni M'Tir, Si Ahmed était l'hôte du caïd Driss ou Raho et Driss ou Raho avait un nègre qu'il affectionnait particulièrement. Une vipère se présente et Si Ahmed dit au nègre : « Par Sidi Aïssa, de ta main prend-la; elle ne te fera aucun mal ». Le nègre hésite; le chérif le foudroie du regard, et le nègre saisit la vipère qui le mord, cependant qu'onctueusement Si Ahmed lui met sur la plaie de la salive mêlée de terre, et au cœur cet onguent non moins précieux : « Tu l'as voulu ! Tu as douté de Sidi Aïssa. Mais, en vérité, par moi

tu guéiriras ». Le nègre ne paraît pas convaincu, et le chérif d'ajouter : « Chien, Sidi Aïssa serait-il moins puissant que le « roumi » d'Agourai ! » Le nègre meurt; et Driss ou Raho, furieux, chassa Si Ahmed du territoire des Beni M'Tir jusqu'à une juste et sonnante réparation ».

L'histoire fit grand bruit. Les populations reconnurent la supériorité du serum antivenimeux sur la salive, fût-elle mêlée de terre et coulât-elle de la bouche d'un descendant du prophète.

La clientèle des « envenimés » nous fut acquise; une fissure durable endommagea une « baraka » gênante. Au succès médical s'ajoutait un succès politique.

II. — CONTRÔLE DE L'ASSISTANCE INDIGÈNE

DANS LES POSTES DE L'AVANT

1° L'enregistrement :

a) Quotidien des visites et consultations, en tenant compte de tous les renseignements utiles : nom, douar, district, race, sexe, diagnostic, traitement.

L'établissement de « fiches individuelles », théoriquement rendrait des services de tous ordres; en pratique une semblable administration est irréalisable, sauf quelques cas particuliers.

b) Mensuel et annuel par des rapports d'ensemble groupant les résultats acquis, les critiquant et prévoyant les moyens d'action pour l'avenir.

2° Des coefficients, par exemple :

a) Un coefficient général de l'activité médicale exprimé par le nombre de consultations divisé par le nombre d'indigènes habitants la zone d'action médicale;

b) Un coefficient médical exprimé par le nombre de cas différents traités, divisé par le nombre d'habitants de la zone médicale;

c) Un coefficient politique exprimé par le nombre d'indigènes différents traités divisé par le nombre d'habitants de la zone médicale.

L'établissement de ces coefficients demanderait des enquêtes démographiques et des fiches individuelles de consultation. Leur intérêt est théorique. Leur application, à notre avis pas absolument impossible, serait le contrôle le plus exact de l'état sanitaire, et un peu de la situation politique, d'une population indigène.

3° Des recensements, à dates fixes, par exemple tous les cinq ou dix ans, à condition qu'une enquête démographique initiale ait été faite, et enregistrée. Cette dernière méthode de contrôle échapperait au médecin des postes de l'avant; elle n'en recueillerait pas moins le fruit de son effort initial.

CONCLUSIONS

1° L'enquête démographique d'Agouraï est totale, mais locale.

Une natalité moyenne s'en déduit selon formule :

$$\frac{353 \text{ (enfants décédés)} + 315 \text{ (enfants vivants)} + 4 \text{ (morts né)} + x}{160 \text{ ménages}} = 4,299$$

x = les morts-nés non déclarés. Or 42 enfants sont morts avant ou sans un enfant vivant, donc x a des chances d'être plus grand que 4. En admettant x voisin de 60 à 80, la natalité par ménage serait voisine de 4,5.

A Ksar es Souk la natalité pour 85 ménages = 4,7.

L'enquête d'Agouraï est totale, mais locale : celle de Ksar es Souk partielle, mais régionale (voir plus haut) : d'où une sérieuse présomption en faveur de l'expression de la natalité par ménage au Maroc par le coefficient :

$$\frac{4,7 + 4,5}{2} = 4,6$$

Donc : 1° Le coefficient de natalité totale de la famille marocaine jusqu'à plus amples confirmations ou infirmations répé-

tées par des enquêtes démographiques présentant d'identiques conditions d'exécution, peut être admis comme étant voisin de : 4,6.

2° L'enquête démographique d'Agouraï démontre que la mortalité infantile = 2,206 enfants décédés par ménage, contre 1,962 enfant vivant.

Les ascendants ne sont plus remplacés : la société d'Agouraï décroît.

Il est vraisemblable d'admettre que la vaccination et l'hygiène de la première enfance obtiendront au Maroc les mêmes résultats qu'en Algérie. Disons plus : l'expérience algérienne ayant servi et la conquête du Maroc étant plus rapide, il est également vraisemblable que la lutte contre la mortalité marocaine sera plus efficace.

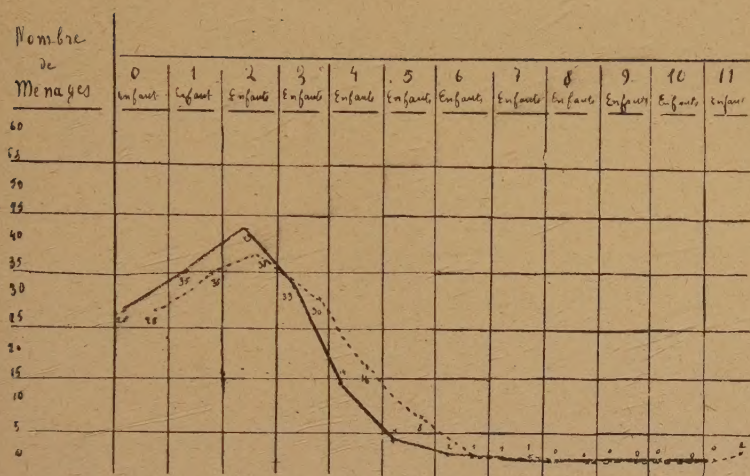
Conséquences : Le Maroc qui, en 1914, accuse de 7 à 8 millions d'individus selon les uns, seulement 6 millions selon les autres, peut dans cinquante ans doubler cette population.

12 à 16 millions de marocains, avec de solides cadres administratifs, économiques et militaires, seront d'un poids appréciable dans les destinées de notre patrie.

L'Assistance Indigène, même dans les postes de l'avant, n'aura pas travaillé en vain pendant la période de conquête.

3° Le graphique ci-joint démontre qu'à Agouraï, dans une société, livrée à l'empirisme thérapeutique le plus simpliste, sans défense de l'extérieur contre les agents de destruction de l'homme, les forces de vie et de mort, par un équilibre mystérieux, mais nettement apparent, se neutralisent.

La consolidation de ce phénomène troublant aurait une portée philosophique indéniable.



N'assistons-nous pas, dans nos sociétés modernes, à une reprise d'équilibre semblable, mais plus tragique.

Nous augmentons d'une part les facteurs de vie par la méthode expérimentale, appliquée à la biologie, d'autre part cette même méthode crée des facteurs de mort.

Ce duel de la vie et de la mort pour une race donnée, en dépit du génie et de la connaissance des individus, serait-il sans issue ?

Un sage de la vallée de Ziz nous a confié que le progrès était l'œuvre du diable, qui nous agitait en vain !

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
R. CRUCHET.

VU :
LE DOYEN,
D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 10 décembre 1921.
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
R. THAMIN.

